



13801 Hutton Drive., Suite 150
Farmers Branch, TX 75234
(972)446-2100
www.metrocrestservices.org

SOLICITUD DE ASISTENCIA

Sirviendo a Carrollton, Farmers Branch, Addison, Coppell, y código postal 75287 en el condado de Denton.

Metrocrest Services proporciona asistencia de emergencia a corto plazo para mejorar la situación de vida de los residentes. La veracidad de la información recibida de parte suya, ayudara a determinar si y como rapidamente podemos ayudar a su familia.

Fecha _____ Referido por _____ Client Case #: _____

INFORMACION DEL CLIENTE: A estado usted aqui antes? Sí No Si a estado aqui antes, cuando? _____

Apellido _____ Nombre _____

Direccion _____ # del edificio _____ Apt# _____ Nombre De Apt. _____

Subsidiado (Sección 8, asistencia de vivienda, HUD, etc.)? Sí No

Ciudad/Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Telefono de Casa (____) _____ Telefono Trabajo (____) _____ Telefono Celular (____) _____

Licencia de Manajar _____ Estado _____ Correo Electronico _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Comenzando por su nombre, por favor enumere todas las personas que viven en el hogar ya sea relacionado o no:

Nombre	M/F	Edad	Fecha de Nacimiento	Es usted Hispano/Latino	Raza	Nombre de escuela y grado termin	Relacion al cliente
<i>Ejemplo ejemplo</i>	F	25	10/10/1993	Sí No	H	Turner HS 11 th grado	Usted
				Sí No			
				Sí No			
				Sí No			
				Sí No			
				Sí No			
				Sí No			
				Sí No			
				Sí No			

Para **RAZA**, por favor use los siguientes codigos:

W = Blanco(a)	A = Asiatico	AI = Indio Americano/Nativo Alaskan	O = Otro Grupo Multi-Racial
B = Negro/ Africano Americano	AW = Asiatico y Blanco	AIW = Indio Americano/Nativo Alaskan y Blanco	
BW = Negro/Africano Americano y Blanco	NH = Nativo Hawallano/Otra Isla Pacifica	AIB = Indio Americano/Nativo Alaskan y Negro/ Africano Americano	

En breve diga que necesidades tiene:

Explique por que necesita ayuda ahora o que crisis lo llevo a venir a esta agencia:

Es veterano? Sí No Es discapacitado? Sí No

Esta usted tomando algun medicamento? Sí No ; Si es asi, para que? _____

Hable usted ingles? Sí No Otro idioma (s) hablado _____

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí No

En caso negativo, ¿está autorizado para trabajar en los Estados Unidos? Sí No

Tiene mal record criminal? Sí No En caso afirmativo, explique? _____

¿Estás aquí para servicios de empleo? Sí No

¿Ha completado cursos para capacitación laboral? Sí No

¿Va a buscar formación laboral para ayudar a aumentar su situación laboral? Sí No

¿Qué tipo de posición buscas? Tiempo completo Tiempo parcial Temporal

Esta trabajando? Sí No

Si no, la última fecha que trabajo: _____ / _____
Mes / Año

Tiempo completo Tiempo parcial

Fecha de inicio: _____ / _____
Mes / Año

¿Has trabajado allí por más de 6 meses? Sí No

Información de empleo actual o última:

Empleador: _____

Título del trabajo: _____ Salario por hora: _____ Número de horas trabajadas por semana: _____

Motivo del abandono (si está desempleado): _____

En los últimos 3 meses, ¿tiene actualmente un presupuesto personal, un plan de gastos o un plan financiero que siga? No Si

¿Qué tan seguro está usted en su capacidad para lograr una meta financiera que usted mismo ha fijado hoy?

No en absoluto Algo Muy

Si usted tuvo un gasto inesperado o alguien en su familia perdió un trabajo, se enfermó o tuvo otra emergencia, ¿qué tan seguro está usted de que su familia podría llegar con dinero para llegar a fin de mes durante 3 meses?

No en absoluto Algo Muy

¿Tiene actualmente un depósito automático o transferencia electrónica establecida para poner dinero para un uso futuro (como ahorros, jubilación o educación)?

No Si

En los últimos 3 meses, ¿diría que el gasto de su familia en gastos de vida fue menor que su ingreso total? No Si

En los últimos 3 meses, ¿ha pagado una cuota atrasada por un préstamo o factura? No Si

Le han ayudado otras agencias? Si No Si es así, que agencias? _____ Cuando? _____

Metrocrest Services funciona de acuerdo con el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Tejas, que prohíbe discriminación a base de raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, creencia política, o origen nacional.

Los números de Seguro Social no son requeridos para recibir comida, alquiler y servicios públicos.

Metrocrest Services tiene mi permiso de intercambiar información concerniente a mis circunstancias con otras agencias de servicios humanos. Yo entiendo que esta forma puede ser verificada. Yo entiendo que la conducta inapropiada puede resultar en la pérdida de los servicios.

FIRMA _____ FECHA _____

MANEJO MENSUAL DE SUS INGRESOS/GASTOS

Ingresos

Salario por hora: \$ _____
 Horas por semana: _____
 Le pagan: Semanal Quincenal Mensual
 Pago antes de impuestos: \$ _____
 Pago despues de impuestos: \$ _____

Trabajo Adicional

Ingresos adicionales? (otro trabajo) Si No
 Salario por hora: \$ _____
 Horas por semana: _____
 Le pagan: Semanal Quincenal Mensual
 Pago antes de impuestos: \$ _____
 Pago despues de impuestos: \$ _____

Ingresos De Su Pareja

Trabaja su pareja (si aplica) Si No
 Salario por hora: \$ _____
 Horas por semana: _____
 Le pagan: Semanal Quincenal Mensual
 Pago antes de impuestos \$ _____
 Pago despues de impuestos \$ _____

Trabajo Adicional De Su Pareja

Ingresos adicionales? (otro trabajo) Si No
 Salario por hora: \$ _____
 Horas por semana: _____
 Le pagan: Semanal Quincenal Mensual
 Pago antes de impuestos: \$ _____
 Pago despues de impuestos: \$ _____

Otras Fuentes de Ingresos BENEFICIOS

Beneficios de desempleo: \$ _____ Quincenal \$ _____
 Compensacion de Trabajador: \$ _____
 ¿Con qué frecuencia se recibe? _____
 Manutencion de Menores: \$ _____
 ¿Con qué frecuencia se recibe? _____
 Asistencia en efectivo/TANF: \$ _____
 Estampillas de Comida: \$ _____

Seguro Social/ Beneficios por Discapacidad

Quien recibe los beneficios?	Cantidad que recibe
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Completo sus impuestos este ano? Si No
 Cuanto recibio? _____
 Pensiones/Dividendos _____
 Cuenta de Cheques? Si No Cuenta de Ahorros? Si No
 Otras inversiones? _____
 Cuanto dinero tiene en ahorros? _____

INGRESOS TOTAL: \$ _____

Gastos de hogar

Renta \$ _____
 Seguridad de Casa \$ _____
 Electricidad \$ _____
 Gas \$ _____
 Agua / alcantarillado / basura \$ _____
 Teléfono (Casa y celular) \$ _____
 Cable / Internet \$ _____
 Otros _____ \$ _____

Transporte

Pago del Auto \$ _____
 Seguro de Auto \$ _____
 Gasolina \$ _____
 Tarifa de autobús / tren \$ _____
 Otros _____ \$ _____

Salud

Seguro de Salud \$ _____
 Seguro de Vida \$ _____
 Prescripciones \$ _____
 Otros _____ \$ _____

Gastos de comida

Comestibles \$ _____
 Cenar fuera / Comer fuera \$ _____
 Otros _____ \$ _____

Obligaciones

Préstamos estudiantiles \$ _____
 Apoyo a los hijos \$ _____
 Tarjetas de crédito \$ _____
 Cuidado de niños \$ _____

Gastos personales

Servicio de lavandería / tintorería \$ _____
 Ropa \$ _____
 Cuidado de Pelo / Uñas \$ _____
 Artículos para el hogar \$ _____
 Otros _____ \$ _____

Diverso

Membresías / Suscripciones \$ _____
 Diezmos \$ _____
 Regalo / Caridad \$ _____
 Ahorros \$ _____
 Impuestos \$ _____
 Otros _____ \$ _____

Gastos inesperados

Cash Rapido/Préstamos de Título \$ _____
 Otros _____ \$ _____
 Otros _____ \$ _____
 Otros _____ \$ _____

GASTOS TOTAL \$ _____